

I determinanti sociali della salute: che cosa sono e come influenzano la nostra salute?

di *Alessandro Rinaldi** e *Maurizio Marceca°*

*Medico di Sanità pubblica; °Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma

Sommario

Nel testo verranno presentate le principali teorie sui determinanti sociali della salute e, dopo aver descritto lo schema sui determinanti sociali proposto dall'OMS, saranno evidenziate le azioni concrete che possono essere attuate a livello individuale e collettivo con particolare riferimento a quelle di Sanità pubblica e alle politiche intersettoriali.

Parole chiave

Determinanti sociali di salute; disuguaglianze di salute; giustizia sociale; equità in salute

Summary

We describe the broad outlines of current major theories on the SDH, and we review perspectives on the causal pathways that lead from social conditions to differential health outcomes. Afterwards a new framework for analysis and action on social determinants is presented as a potential contribution to public health policy action.

Keywords

Social determinants of health; health inequities; social justice; health equity

“Come mai vivo venti anni in meno di te?”

A Baltimora, nello stato del Maryland (Stati Uniti), l'aspettativa di vita per un giovane uomo cresciuto nella parte povera della città è di circa 63 anni, mentre quella di un suo coetaneo che vive nella parte benestante è di 83 anni. Sessantatré anni è anche l'aspettativa di vita media per gli uomini in India. E vent'anni è anche il divario tra l'aspettativa di vita delle donne in India e quelle degli Stati Uniti (Marmot M., 2016).

Come è possibile che individui che vivono nella stessa città, per giunta in un paese tra i più ricchi del mondo, abbiano aspettative di vita così differenti? Come è possibile che un cittadino degli Stati Uniti abbia la stessa aspettativa di vita di un cittadino indiano? E infine, perché le cittadine indiane vivono in media vent'anni di meno di quelle statunitensi?

Queste poche domande ci fanno subito capire quanto sia complessa la salute degli individui e delle comunità. Per cercare di comprendere i processi alla base dei fenomeni descritti sopra è necessario cambiare il modo in cui si pensano e si osservano la salute e

la malattia. Passare cioè da un approccio di tipo ‘bio-medico’ - teso esclusivamente all’individuazione delle cause biologiche della patologia (*mechanism-oriented theories of disease causation*) - ad uno rivolto a comprendere come le patologie si distribuiscono nello spazio e nel tempo integrando aspetti sia biologici che sociali (*theories of disease distribution*) (WHO, 2010a). Possiamo sinteticamente definire quest’ultimo approccio con il termine di ‘determinanti sociali della salute’ (SDH).

Le radici culturali dei determinanti sociali della salute

La consapevolezza che la salute delle persone fosse influenzata anche da fattori sociali oltreché da quelli biologici non è notizia di questo particolare momento storico, bensì affonda le sue origini a partire dall’800. All’epoca, i “padri fondatori” della moderna Sanità Pubblica già riflettevano sulle forti relazioni esistenti tra la posizione sociale, le condizioni di vita e gli *outcomes* in salute delle persone (WHO, 2010 b).

L’Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) riprese questi concetti quando nel 1946 definì nella sua Costituzione la salute “*come uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non la semplice assenza di malattia*” (WHO, 1946, pag. 1). Sin dalla sua istituzione l’OMS si prese l’impegno di affrontare le cause sociali dei problemi di salute attraverso il miglioramento delle condizioni alimentari, abitative, economiche, lavorative e igienico-ambientali (WHO, 2010 b).

Da allora e fino ad oggi, il dibattito internazionale sulla salute si è sviluppato lungo due assi principali: quello biomedico basato prevalentemente sulla tecnica e quello che considera la salute come un fenomeno sociale, inserendola quindi all’interno di riflessioni più ampie riguardanti la giustizia sociale (WHO, 2010 b).

Negli anni ‘50 e ‘60, la visione sociale della salute espressa dall’OMS nel ‘46 venne presto sostituita da quella basata sulla tecnica. Furono soprattutto le sorprendenti scoperte in ambito farmacologico (es. nuovi antibiotici e vaccini) a infondere nel mondo medico la sicurezza che attraverso il progresso scientifico si sarebbero potute ottenere tutte le risposte ai problemi riguardanti la salute. Chi beneficiò maggiormente di questo impulso tecnologico della medicina fu l’industria farmaceutica. E da allora, forte del suo potere politico ed economico a livello globale, è in grado di esercitare una forte influenza sulle politiche sanitarie internazionali e locali (WHO, 2010 b).

Verso la metà degli anni ‘60 e i primi anni ‘70 emerse sempre più la consapevolezza che l’approccio esclusivamente bio-medico fosse inadeguato a soddisfare i bisogni in salute della maggior parte della popolazione a livello mondiale e soprattutto dei più poveri e svantaggiati. Per tali ragioni, operatori della salute da diverse parti del mondo iniziarono a esprimere con sempre più convinzione la necessità di coinvolgere le comunità nelle scelte riguardanti la salute dei suoi membri e di intrecciare il discorso sulla salute con quello più ampio riguardante i diritti umani. I programmi che mettevano al centro dei loro interventi la comunità con i suoi diritti vennero definiti con il termine *community-based health programmes* (WHO, 2010 b). Questo approccio alla salute toccò il suo apice nel 1978 durante la conferenza internazionale sull’assistenza sanitaria di base

(*Primary Health Care*), organizzata da OMS e UNICEF ad Alma Ata. Durante la conferenza venne espressa la volontà di coniugare la salute ai diritti umani e alla giustizia sociale per rendere universalmente accessibili i servizi sanitari essenziali, di riconoscere l'importanza dei fattori socioeconomici per la salute e di dare spazio a soluzioni a livello locale coinvolgendo le comunità (WHO, 1978). Poco dopo Alma Ata, la *Rockefeller Foundation* e l'Unicef proposero con successo un approccio alternativo definito come *selective primary health care*. Questa strategia, essendo caratterizzata da interventi centrati esclusivamente sulla malattia e sui suoi principali fattori di rischio, soppiantò quelli considerati "irrealistici" e "costosi" della PHC, basati invece sul coinvolgimento della comunità e sul cambiamento delle condizioni sociali di vita (WHO, 2010 b).

Il colpo definitivo alle speranze di raggiungere "la salute per tutti entro il 2000" venne assestato durante gli anni '80 dalle politiche di sviluppo di stampo neoliberista. Il pensiero neoliberista impose a livello internazionale un'agenda politica basata principalmente su: privatizzazione, deregolamentazione e indebolimento del ruolo dello Stato a favore del 'libero mercato'. Tutto ciò indebolì ulteriormente tutti quegli interventi che volevano agire sulla salute attraverso il miglioramento delle condizioni sociali di vita. Quando poi nel 1990 l'influenza sulla salute a livello globale della Banca Mondiale è cresciuta notevolmente rispetto al ruolo dell'OMS, si è realizzato il passaggio definitivo della salute da 'diritto' a 'bene economico' (WHO, 2010 b).

Tuttavia, tra la fine degli anni '90 e il 2000, sono cresciute sempre di più le evidenze scientifiche circa gli effetti negativi sulla salute delle politiche di sviluppo neoliberiste e il ruolo rilevante dei determinanti sociali nell'influenzare la salute. Lo schema 'ad arcobaleno' di Dahlgren e Whitehead è divenuto da allora il simbolo di questo approccio (**figura 1**). A partire da questi dati di fatto, sempre più nazioni, soprattutto in ambito europeo, hanno iniziato a sviluppare interventi e politiche per la salute in grado di agire attraverso i determinanti sociali. Anche l'OMS ha rifatto propri gli ideali sanciti nella sua Costituzione del 1946 e nella dichiarazione di Alma Ata del '78 e, nel Maggio del 2004, il suo Direttore Generale ha annunciato l'intenzione di dare vita ad una Commissione sui determinanti sociali della salute (CSDH) (WHO, 2010 b).

La Commissione è stata istituita ufficialmente nel 2005 al fine di: studiare e sviluppare le migliori evidenze sui determinanti sociali della salute, sollecitare i governi, le istituzioni locali e la società civile per promuovere azioni di contrasto alle disuguaglianze in salute (Berlinguer G, 2006). A tal fine, nel 2008 ha prodotto un documento di sintesi (*Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*) nel quale sono state raccolte le principali evidenze scientifiche sui determinanti sociali della salute e le premesse politiche per affrontare le disuguaglianze in salute sia tra i paesi che al loro interno (WHO, 2008).

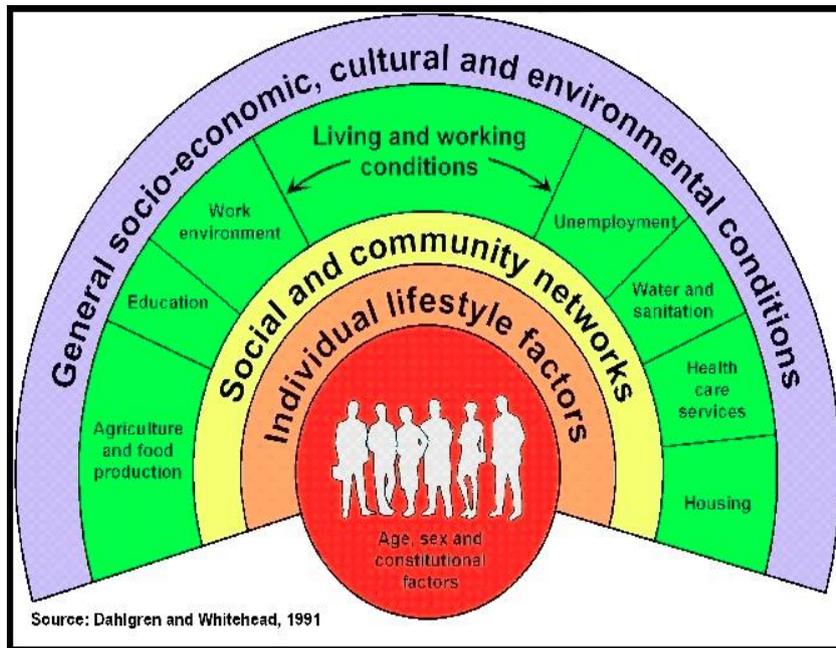


Figura 1. I determinanti sociali della salute. Dahlgren e Whitehead, 1991.

Le principali teorie di riferimento

Come abbiamo potuto vedere, l'approccio alla salute basato sui determinanti sociali non è 'sospeso nel vuoto', ma affonda le sue radici in un retroterra storico, culturale (quello della giustizia sociale e dei diritti umani) e scientifico ben definito, la cui evoluzione abbiamo sinteticamente presentato sopra.

Il modello dei SDH messo a punto dalla CSDH, poggia su tre principali teorie di riferimento (WHO, 2010a). Queste sono rappresentate da:

- a) l'approccio psicosociale (*psychosocial approaches*);
- b) l'approccio materialista o della produzione sociale di patologia (*social production of disease/political economy of health*);
- c) l'approccio ecosociale (*ecosocial theory*).

Tali teorie si differenziano l'una dalle altre per il diverso peso che ciascuna attribuisce ai fattori sociali e biologici nell'influenzare la salute della popolazione; il modo in cui integrano tra loro le spiegazioni sociali con quelle biologiche, e le azioni di contrasto che propongono.

Tuttavia, nonostante le differenze, è importante considerarle come strumenti di lettura e non come la rappresentazione della realtà stessa; non confondere la 'mappa' con il 'territorio' può essere utile per non considerare questi tre approcci in maniera mutualmente esclusiva tra loro.

Secondo l'*approccio psicosociale*, vivere in un contesto sociale iniquo conduce le persone a confrontare costantemente il proprio 'status sociale' e gli standard di vita ad esso associati con quelli di chi occupa una posizione sociale più elevata. Questo confronto costante, secondo tale teoria, mina l'autostima e induce sentimenti di vergogna in chi vive nelle fasce sociali più svantaggiate. Tutto ciò genera una condizione di 'stress cronico' che, alterando la fisiologica regolazione neuroendocrina dell'organismo, può produrre effetti patogeni come per esempio: sviluppo di obesità centrale (con relativo aumento del rischio cardiovascolare); diabete; ipertensione e malattie cardiovascolari. Inoltre, secondo tale teoria, la condizione sociale di disuguaglianza può colpire la salute degli individui compromettendo anche la coesione sociale delle comunità (WHO, 2010a). È stato infatti dimostrato che laddove è maggiore la disuguaglianza, minore è il livello di fiducia reciproca tra le persone; e che la coesione sociale può svolgere un'importante azione protettiva nei confronti della salute degli individui e delle comunità. Persone che vivono quindi in contesti sociali diseguali, secondo tale teoria, non solo sperimentano livelli di stress cronico più elevati rispetto alla media, ma hanno anche minore risorse sociali (capitale sociale) per potergli far fronte (Wilkinson R., Pickett K., 2009; Marmot M., 2004).

L'interpretazione della *produzione sociale di patologia* afferma che prima di concentrarsi sulla percezione psicologica che gli individui hanno della loro posizione sociale, sia necessario iniziare dall'analisi delle cause strutturali (processi economici e politici) alla base della distribuzione iniqua delle condizioni materiali di vita delle persone (cibo, casa, reddito, servizi socio-sanitari, etc...) (WHO, 2010a).

Infine, la *teoria ecosociale*. È la teorizzazione più recente tra i tre approcci presentati e avendo un'impostazione sistemica prova a fornire una lettura 'multi-livello' (da quello 'micro' biologico e cellulare a quello 'macro' sociale e politico), processuale (inserisce la vita delle persone in un contesto storico e concepisce le interazioni tra l'individuo e il suo ambiente in modo dinamico e non statico, tenendo conto dell'intero arco di vita - *life course perspective*-) e ecologica (tiene conto delle interazioni simultanee e reciprocamente interdipendenti tra i diversi livelli) dei processi che condizionano la salute e la malattia (WHO, 2010a). Per sottolineare la stretta connessione esistente tra la dimensione sociale e quella biologica è stato elaborato il concetto di 'incorporazione' (*embodiment*). Con questo termine si vuole intendere il processo attraverso cui le esperienze che gli individui compiono all'interno dei propri contesti di vita vengono tradotte in termini biologici. In base a tale definizione i livelli di salute e malattia possono essere altresì definiti come l'espressione biologica di interazioni che avvengono a livello politico, economico, e sociale. Pertanto, nessun aspetto biologico della salute può essere compreso se decontestualizzato da un punto di vista storico, sociale, economico e politico (Krieger N., 2011).

In sintesi potremmo dire che se i primi due approcci - psicosociale e materialista - sembrano contendersi il primato tra due letture parzialmente differenti, la teoria ecosociale supera questa apparente contrapposizione collocando su diversi livelli di

causazione i meccanismi descritti da ognuna delle due teorie e integrandoli tra loro attraverso il concetto di ‘incorporazione’.

Lo schema di riferimento dei determinanti sociali della salute

Oltre a fare riferimento alle teorie brevemente descritte sopra, la CSDH, per sviluppare un modello esplicativo dei determinanti sociali della salute e dei meccanismi alla base della diseguale distribuzione della salute nella società, ha utilizzato uno schema elaborato nel 2001 da Diderichsen, Evans e Whitehead (autorevoli ricercatori nel campo dell'epidemiologia sociale) (WHO, 2010a).

Questo modello (**figura 2**) mette bene in evidenza come il contesto socio-politico sia in grado di ‘stratificare’ gli individui su diversi livelli all’interno della società (stratificazione sociale), attribuendo quindi, ad ognuno di essi, una differente posizione sociale. La posizione che ogni individuo ottiene all’interno della società in ragione della stratificazione sociale è associata a differenti livelli di:

- esposizione ai fattori di rischio (fattori psicosociali; stili di vita insalubri; fattori di rischio ambientali e condizioni di suscettibilità/fragilità clinica);
- vulnerabilità: rischio più elevato di ammalarsi a parità di esposizione con lo stesso fattore di rischio o, nel caso sia già presente una condizione patologica, di avere esiti peggiori (disabilità o morte);
- conseguenze sociali di malattia: lo stato di salute della persona retroagisce negativamente sulla sua posizione sociale, innescando un circolo vizioso (e bidirezionale) tra malattia e impoverimento.

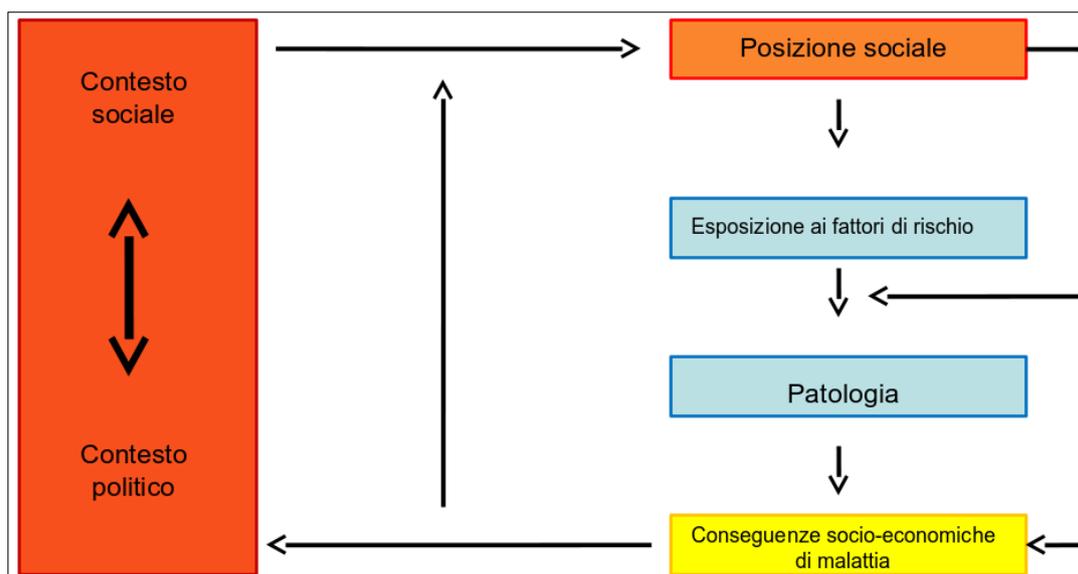


Figura 2. Modello Diderichsen et al. (2001); traduzione A. Rinaldi

La CSDH ha integrato tutti gli elementi fino ad ora esposti e li ha rappresentati graficamente nello schema proposto in **figura 3**.

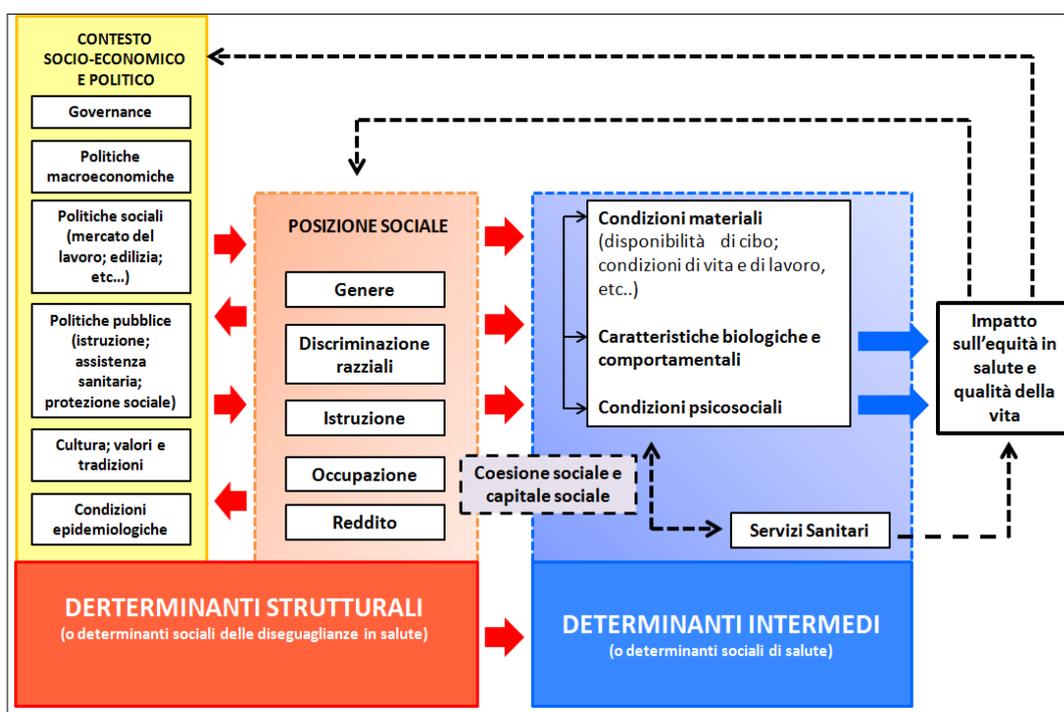


Figura 3. Schema concettuale dei determinanti sociali della salute proposto dalla CSDH. WHO, 2010a; traduzione A. Rinaldi

Con il termine *'determinanti strutturali'* si fa riferimento a: il contesto socio-economico e politico alla posizione sociale. Questi impattano sulla salute delle persone influenzando la distribuzione iniqua nella società dei *'determinanti intermedi'* (condizioni materiali; caratteristiche biologiche e comportamentali; condizioni psicosociali). Inoltre, come è possibile notare dallo schema, pur considerando i *'servizi sanitari'* come determinanti intermedi, la CSDH gli ha conferito una posizione e un ruolo specifico. Questo perché hanno un ruolo rilevante per quanto concerne la fruibilità delle cure mediche, la capacità di mitigare le conseguenze sociali di malattia e di ridurre l'esposizione e la vulnerabilità ai fattori di rischio. Ciò implica di riconoscere il ruolo fondamentale della copertura sanitaria universale da parte dei Servizi sanitari nazionali (WHO, 2010a).

Infine, la coazione sociale e il capitale sociale influenzano e sono a loro volta influenzati sia dai determinanti strutturali che da quelli intermedi (WHO, 2010a).

Fatta questa prima breve descrizione, adesso andremo a descrivere meglio i singoli elementi dello schema.

Contesto socio-economico e politico. Con tale termine si fa riferimento a tutti quei fattori che sono presenti all'interno della società e che non possono essere misurati direttamente a livello individuale. Anche se la loro presenza ed effetto possono variare considerevolmente da un paese all'altro (per esempio la religione in alcuni contesti avrà un ruolo rilevante e meno in altri), i principali sono:

- **governance:** questo termine di difficile traduzione include un'ampia gamma di fattori che vanno dalla definizione dei bisogni, alla partecipazione della società civile, alla trasparenza e l'affidabilità della pubblica amministrazione fino ai meccanismi di discriminazione;
- **politiche macroeconomiche:** regole di mercato; andamento della finanza e dell'economia; organizzazione del mercato del lavoro;
- **politiche sociali:** *welfare*; politiche sul lavoro; edilizia e diritto all'abitare;
- **politiche pubbliche:** istruzione; assistenza sanitaria; accesso ad acqua potabile e igiene ambientale;
- **cultura, valori e tradizioni:** i significati che le persone e i popoli conferiscono ai loro contesti di vita;
- **condizioni epidemiologiche:** caratteristiche epidemiologiche del contesto di riferimento.

Come è facile immaginare ogni singola voce di questo elenco si presta ad ulteriori possibili approfondimenti per i quali rimandiamo il lettore alla letteratura di riferimento sull'argomento (WHO, 2010a).

Posizione sociale. È la posizione assunta dai singoli individui all'interno della stratificazione sociale in ragione del contesto socio-economico e politico in cui questi si trovano. Direttamente connesso a tale concetto c'è quindi quello della 'stratificazione sociale' che sta a indicare la modalità attraverso cui gruppi e individui vengono classificati in ordine gerarchico sulla base di alcune variabili di riferimento (come per esempio il grado di istruzione, il reddito o il tipo di occupazione). Sebbene le variabili utilizzate nella stratificazione sociale siano molto utili per predire o valutare 'ex-post' gli *outcome* in salute, non riescono invece a spiegare come mai gli individui arrivino ad avere differenti posizioni sociali all'interno della società. A tale scopo, l'OMS stessa si è rifatta al concetto di 'classe sociale' e al pensiero di due grandi pensatori come Karl Marx e Max Weber. Per entrambi la classe sociale è il risultato delle relazioni di potere esistenti tra gli individui all'interno della società e determina la loro posizione sociale. L'OMS ha fatto proprie le dimensioni di classe sociale espresse da Weber (WHO, 2010a). Queste sono rappresentate da:

- **classe:** ha una dimensione prettamente economica e fa riferimento alle proprietà e al controllo che gli individui hanno sulle risorse; il reddito ne rappresenta un indicatore abbastanza attendibile;
- **status:** rappresenta il valore e il prestigio di cui gode un individuo all'interno della propria comunità. Ha anche a che fare con le effettive possibilità di scelta del soggetto, a loro volta connesse al contesto familiare e alle reti sociali di riferimento;
- **potere:** (torneremo più avanti su questo concetto).

In epidemiologia sociale, i principali indicatori utilizzati per correlare la salute alla posizione sociale sono:

- reddito;
- istruzione;
- occupazione;
- genere: fa riferimento a tutte quelle caratteristiche costruite socialmente e attribuite genericamente al 'femminile' e al 'maschile';
- etnia/razza: è necessario chiarire che in questo contesto i concetti di 'razza' e 'etnia' vengono considerati come categorie sociali e non biologiche.

Determinanti intermedi. Come già detto sopra, i determinanti strutturali influenzano la distribuzione e le caratteristiche dei determinanti intermedi. A loro volta questi sono responsabili dei differenti livelli di esposizione e vulnerabilità ai fattori di rischio (WHO, 2010a). Vediamo nel dettaglio le loro caratteristiche principali:

- **condizioni materiali:** rappresentano forse il determinante intermedio più importante e sono direttamente connesse soprattutto con i livelli di salute dei gruppi di popolazione più svantaggiati. Alcune di queste sono: caratteristiche dell'abitazione e del quartiere di residenza; risorse economiche per acquistare beni di prima necessità come per esempio cibo di buona qualità;
- **condizioni psicosociali:** possono essere rappresentate da situazioni particolarmente stressanti e/o traumatiche: esperienze di vita negative; stress lavorativi; elevati debiti economici; mancanza di supporto sociale, etc. Queste condizioni sembrano avere un effetto cumulativo nel corso della vita delle persone: ciò vuol dire che le esperienze vissute durante l'infanzia possono influenzare la salute in età adulta;
- **caratteristiche biologiche e comportamentali:** sesso, età e caratteristiche genetiche rappresentano i principali fattori biologici; abitudine al fumo, esercizio fisico o sedentarietà, assunzione di alcol e/o sostanze di abuso sono tutti quei comportamenti definiti come 'stili di vita individuali' che possono promuovere o mettere a rischio una buona salute. Numerose evidenze scientifiche hanno ormai dimostrato la correlazione esistente tra stili di vita individuali e posizione socioeconomica: man mano che si scende lungo la scala sociale aumentano i comportamenti a rischio per la salute (es. abitudine al fumo; sedentarietà; consumo di cibo di scarsa qualità e conseguente obesità).

Coesione sociale e capitale sociale. Diversi studi hanno dimostrato il legame esistente tra il capitale sociale e la salute delle persone. I membri di comunità con elevati livelli di capitale sociale hanno infatti una probabilità più elevata di avere una salute migliore rispetto a quelli che vivono in contesti con scarso capitale sociale (Rocco L., Suhrcke M., 2012). Questo sembra avere degli effetti positivi sulla salute attraverso:

- il supporto sociale: svolge un effetto di protezione nei confronti degli episodi stressanti;

- l'influenza sociale sui comportamenti a rischio: i 'pari' hanno un ruolo decisivo rispetto all'adozione o meno di comportamenti a rischio per la salute;
- la partecipazione sociale: le persone possono trarne un vantaggio diretto per la propria salute acquisendo nuove abilità e indiretto aumentando il senso di appartenenza comunitaria.

“Vivo venti anni in meno di te perché hai più soldi e potere di me”

Alla luce di quanto fino ad ora detto, abbiamo sufficienti elementi per provare a rispondere alle domande poste all'inizio della nostra riflessione.

La prima considerazione che è possibile fare è che non esiste nessuna spiegazione biologica alla base delle differenze nelle aspettative di vita riportate sopra. La teoria dei determinanti sociali ci ha aiutato infatti a interpretare i processi di salute e malattia soprattutto come l'espressione biologica di interazioni che avvengono a livello politico, economico, e sociale. Se le cause di queste differenze in salute non sono biologiche ma sono invece generate da una disuguale distribuzione di risorse, denaro e potere, più che di 'differenze in salute' è opportuno parlare di 'disuguaglianze in salute'.

Il termine 'disuguaglianza' può essere associato alla parola salute quando questa non è frutto del caso ma ha una natura sistematica (ha una distribuzione costante all'interno di una popolazione e segue la stratificazione sociale), è prodotta socialmente ed è considerabile come eticamente ingiusta (Stefanini A., Albonico M., Maciocco G., 2006). Altra considerazione importante è che, essendo prodotte socialmente, le disuguaglianze possono essere anche socialmente affrontate. Per dirla in termini epidemiologici e di Sanità pubblica, ciò vuol dire che le disuguaglianze in salute sono evitabili; infatti, se queste venissero eliminate o ridotte drasticamente, i vantaggi in termini di salute (aumento dell'aspettativa di vita e riduzione della mortalità) sarebbero enormi (Marmot M., 2016).

Un'altra considerazione che ci è possibile fare per rispondere alle domande è che le disuguaglianze in salute, proprio in ragione della loro natura sistematica, esistono sia tra le nazioni sia al loro interno. Quelle esistenti tra le nazioni sono soprattutto correlate al reddito medio pro capite: maggiore è il reddito nazionale, migliore è lo stato di salute della popolazione in generale. Questo è soprattutto vero tra le nazioni più povere ed è anche la principale ragione che spiega il divario medio di vent'anni tra l'aspettativa di vita delle donne in India e quelle degli Stati Uniti (Marmot M., 2016).

Tuttavia, per rispondere alle prime due domande che ci siamo posti è necessario rendere il discorso ancora più complesso. Per comprendere le disuguaglianze in salute all'interno dei paesi è necessario andare oltre i valori medi e fare soprattutto riferimento al concetto di stratificazione sociale o gradiente sociale. L'esistenza del gradiente sociale implica che, più che la povertà in termini assoluti, ciò che va preso in considerazione è la disuguaglianza relativa tra le diverse fasce di popolazione: in altre parole “per la salute non è tanto importante ciò che possiedi, ma cosa puoi fare con ciò che possiedi” (Marmot M., 2016, pag 175). Così abbiamo che l'aspettativa di vita

all'interno della società segue esattamente il gradiente sociale: le classi sociali che si trovano in una posizione più elevata godono sia di una maggiore aspettativa di vita sia di una migliore qualità di vita. Ciò vuol dire anche che le disuguaglianze riguardano tutti noi e non solo i cittadini più poveri. O meglio, riguardano tutti quelli che si trovano a vivere al di sotto del livello più alto della scala sociale e quindi anche 'noi' che ci troviamo al centro dei due estremi di ricchezza e povertà (Marmot M., 2016).

La disuguaglianza relativa spiega anche perché un cittadino di uno stato economicamente ricco possa avere la stessa aspettativa di vita di quello di uno stato economicamente povero. Un terzo della popolazione indiana vive con 1,25 dollari al giorno, nessuno a Baltimora vive con così poco denaro; il reddito medio pro-capite in India, aggiustato per potere di acquisto, è pari a 3.300 dollari, ben al di sotto della soglia di povertà di qualsiasi paese che gode di relativo benessere economico. Ciò significa quindi che, ai fini della salute, più che la quantità assoluta di denaro di cui si è in possesso (povertà assoluta), conta soprattutto cosa si può fare con quello di cui si dispone. La povertà e la salute prendono quindi forme diverse in base al contesto (Marmot M., 2016).

Quello che invece accomuna tutte le persone che vivono in condizioni di povertà, da Baltimora all'India, è la loro condizione di *disempowerment*, ossia l'incapacità di controllare le proprie vite, proprio a causa della bassa posizione che occupano nella gerarchia sociale. E finché non verranno messe nelle condizioni di assumere il controllo delle proprie esistenze, sarà molto difficile migliorare la loro salute (Marmot M., 2016; Sen A. 2007).

La condizione di *disempowerment* è associata all'incapacità di soddisfare tre condizioni fondamentali riconducibili ai determinanti sociali sopra descritti (Marmot M., 2016).

Queste sono:

- **condizioni materiali:** riguardano la possibilità di accedere a quei beni materiali necessari per soddisfare i bisogni fondamentali per vivere una vita dignitosa;
- **condizioni psicosociali:** la possibilità di avere il controllo sulla propria vita;
- **condizioni politiche:** la possibilità di far sentire la propria voce e esigere i propri diritti.

Di fatto, favorire l'equità in salute ha a che fare, per i Governi, con il creare le condizioni sociali e ambientali in grado di rispettare tali requisiti e favorire quindi l'*empowerment* degli individui, dandogli la possibilità di orientare al meglio le loro vite, avendo la possibilità di essere e fare ciò che per questi ha valore.

Il tema del potere cui i concetti di *empowerment* e *disempowerment* si rifanno è considerato fondamentale dalla CSDH per comprendere al meglio e affrontare i meccanismi di generazione delle disuguaglianze.

Consapevoli che l'analisi di un concetto come quello di 'potere' richiama riflessioni di carattere filosofico e sociologico, in questa sede ci limiteremo a descrivere le relazioni e le implicazioni esistenti tra 'potere' e 'salute'. Per farlo ci baseremo soprattutto su quanto affermato nei rapporti della CSDH (WHO, 2010a).

Il potere è una risorsa immateriale differentemente distribuita all'interno della società ed ha a che fare con la possibilità che una persona ha di predire, controllare e partecipare

agli eventi che si presentano nel corso della sua vita; in altre parole, la capacità di creare o resistere ai cambiamenti.

Possiamo riconoscere diverse forme di potere. Si definisce 'potere su' (*power-over*) quella forma di potere che si esercita attraverso il dominio, lo sfruttamento e l'egemonia (Labontè R., Laverack G., 2008).

Quando il 'potere-su' viene messo a disposizione per aumentare il 'potere di' (*power-to*) una persona o un gruppo di persone di modificare il corso degli eventi riguardanti la propria vita, viene definito potere-con (*power-with*). Quest'ultima forma può essere utilizzata anche per favorire l'accrescimento di quel potere che deriva dalla coscienza del soggetto (*power-from-within*).

Ricapitolando, le dimensioni del potere sono così riassumibili:

- potere-su (*power-over*)
- potere-di (*power-to*)
- potere-interno (*power-from-within*)
- potere-con (*power-with*)

A partire da queste forme di potere si possono avere altrettanti modi di concepire i processi di *empowerment*. Un approccio basato sul 'potere-su' cercherà di sottrarre potere a chi ne ha di più. Ciò implica la possibilità di generare delle conflittualità tra gruppi diversi per la gestione del potere stesso. In questi casi, il conflitto non è considerato in maniera negativa ed è necessario per aumentare i livelli di partecipazione. La principale attenzione non sarà quella di evitare il conflitto ma di gestirlo con cautela. A differenza degli approcci basati sul 'potere-su' - il cui obiettivo è aumentare la partecipazione dei gruppi esclusi all'interno delle strutture politiche ed economiche senza però metterle in discussione - gli altri (*power-to; power-from-within; power-with*) si concentrano maggiormente sulle risorse e le capacità creative e generatrici dei singoli e dei gruppi al fine di trasformare l'esistente e proporre altre forme di redistribuzione del potere.

Come affermato dalla CSDH, la redistribuzione del potere è l'aspetto più importante da considerare per affrontare le disuguaglianze e migliorare la salute dei popoli e delle persone.

Abbastanza frequentemente le riflessioni sul potere, l'*empowerment* e il capitale sociale fanno parte di un discorso più ampio che prevede la riduzione dei livelli di responsabilità da parte dello Stato nei confronti della salute della popolazione. Ciò avviene all'interno di una visione che prevede una relazione dicotomica tra la società civile e lo Stato, in cui all'aumento di responsabilità e partecipazione della prima deve corrispondere una riduzione della presenza del secondo. Questo atteggiamento può essere particolarmente pericoloso in momenti come quello attuale in cui la responsabilità sociale dello Stato (*welfare state*) è fortemente sotto attacco dall'imposizione delle politiche e dell'ideologia neoliberista. Ecco perché per la Commissione non sono accettabili quegli interventi che utilizzano questi concetti in maniera depoliticizzata, cioè che non prevedono un ruolo attivo da parte dello Stato e le sue istituzioni nella tutela dei diritti fondamentali delle persone e nella distribuzione equa di beni e servizi all'interno della società (WHO, 2010a).

Come possono essere contrastate le disuguaglianze in salute? Quali implicazioni per la sanità pubblica e gli operatori della salute?

La CSDH, oltre a produrre le evidenze scientifiche e i modelli teorici necessari per testimoniare l'esistenza delle disuguaglianze e illustrarne i meccanismi di generazione ha anche individuato le principali azioni e politiche di contrasto (WHO, 2010a).

Innanzitutto è necessario agire sui *determinanti strutturali* attraverso delle politiche che siano in grado di ridurre la distribuzione iniqua delle risorse socioeconomiche (es. reddito e istruzione) all'interno della società. Ridurre la prevalenza della povertà, per esempio, potrebbe essere una delle azioni di contrasto più significative anche se difficile da realizzare da un punto di vista pratico e soprattutto politico.

Una seconda possibilità è rappresentata da tutti quegli interventi che possono agire sui *determinanti intermedi*. Ciò vuol dire soprattutto agire per ridurre l'esposizione e la vulnerabilità ai fattori di rischio per le fasce di popolazione più svantaggiate (es. ridurre il numero di fumatori, migliorare le condizioni di lavoro). Ciò è particolarmente importante perché la maggior parte delle politiche e interventi sanitari non considerano il ruolo della posizione sociale nel modificare l'esposizione e la vulnerabilità ai fattori di rischio. Altrettanto importanti per la salute sono quegli interventi in grado di aumentare/valorizzare il grado di coesione sociale agendo sul capitale umano (si pensi alla condizione dell'anziano non autosufficiente e solo).

Infine, garantire l'equità nell'accesso ai servizi sanitari è un ulteriore intervento per ridurre le disuguaglianze nell'assistenza sanitaria. A tal fine salvaguardare e promuovere servizi sanitari basati sulla fiscalità generale rappresenta una delle azioni più efficaci per ridurre le disuguaglianze nell'accesso e le conseguenze sociali di malattia.

Per riassumere, quindi, gli interventi utili a ridurre le disuguaglianze in salute devono:

- essere basati sull'approccio dei determinanti sociali di salute (strutturali e intermedi);
- essere 'contesto specifici', quindi adattati alle diverse realtà sociali;
- avere un approccio intersettoriale e non solo sanitario;
- promuovere la partecipazione sociale e l'*empowerment* delle comunità.

A questo schema generale di azione se ne possono aggiungere altri. Tra questi, riportiamo quello contenuto nel rapporto inglese "*Fair society, healthy lives*" (Marmot, 2010) che individua sei specifiche aree di intervento:

1. garantire a tutti i bambini il miglior inizio possibile di vita;
2. mettere le persone (in tutte le fasi della loro vita) nelle condizioni di esprimere al meglio le proprie potenzialità e ottenere il controllo sulle loro vite;
3. creare giuste e soddisfacenti condizioni di lavoro;
4. assicurare standard di vita salutari;
5. stimolare contesti di vita e comunità in grado di promuovere e tutelare la salute;
6. rafforzare il ruolo della prevenzione in ambito sanitario.

L'ultima azione proposta dal rapporto riguarda direttamente il ruolo che il settore sanitario può avere nel ridurre le disuguaglianze. A tal proposito un documento del

Royal College of Physicians dal titolo *How doctors can close the gap* (2010) affermava che per affrontare le disuguaglianze in salute, gli operatori sanitari (e nello specifico i medici) dovessero:

- **cambiare prospettiva:** da semplici “tecnici del corpo umano”, soprattutto i medici, devono diventare soggetti attivi nella promozione e protezione della salute. A tal fine è richiesta loro un’attiva collaborazione con i professionisti appartenenti ai settori sociali, per sviluppare insieme efficaci strategie di contrasto;
- **cambiare il sistema:** coinvolgere le comunità locali per strutturare servizi socio-sanitari in grado di rispondere ai bisogni della popolazione, soprattutto delle fasce più marginalizzate. Nell’ambito della relazione terapeutica ciò implica la necessità di confrontarsi con il paziente per individuare i fattori sociali coinvolti nel processo di malattia;
- **cambiare la formazione:** il curriculum delle Facoltà di medicina non dovrebbe focalizzarsi solo sugli aspetti tecnici della cura ma aprirsi trasversalmente alle tematiche di salute pubblica al fine di mettere in grado gli studenti di saper leggere gli eventi patologici anche attraverso la lente dei determinanti sociali.

Successivamente anche la *British Medical Association* e l’Istituto di *Health Equity* (*University College London*) hanno pubblicato un altro rapporto dal titolo *Working for Health Equity: The Role of Health Professionals* (2013) sul ruolo degli operatori della salute nel contrasto delle disuguaglianze. Questo afferma l’importanza di:

1. fare formazione sui determinanti sociali di salute;
2. migliorare le capacità relazionali e comunicative dei medici affinché questi possano inserire nella storia clinica dei pazienti anche il loro contesto sociale di provenienza;
3. migliorare l’organizzazione dei servizi sanitari al fine di mettere gli operatori nelle migliori condizioni per poter svolgere il loro lavoro;
4. avere un approccio intersettoriale e quindi estendere le azioni oltre il settore sanitario;
5. fare *advocacy* per tutelare i diritti dei singoli pazienti e della popolazione in generale.

E in Italia?

Sul piano della formazione nel 2010 è nato un network nazionale (RIISG - Rete Italiana Insegnamento Salute Globale) che comprende istituzioni accademiche, società scientifiche, organizzazioni non governative, associazioni, gruppi e singoli individui impegnati nella formazione dei determinanti e disuguaglianze in salute a livello sia accademico che della società civile (Civitelli G., et al, 2010).

Anche la FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri) sembra aver fatto proprio l’approccio dei determinanti sociali della salute nella nuova versione (2014) del Codice di Deontologia Medica. All’articolo 5, il Codice afferma infatti che: “*Il medico, nel considerare l’ambiente di vita e di lavoro e i livelli di istruzione e di equità sociale quali determinanti fondamentali della salute individuale e collettiva, collabora all’attuazione di idonee politiche educative di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze alla salute e promuove l’adozione di stili di vita salubri,*

informando sui principali fattori di rischio. Il medico, sulla base delle conoscenze disponibili si adopera per una pertinente comunicazione sull'esposizione e sulla vulnerabilità a fattori di rischio ambientale e favorisce un utilizzo appropriato delle risorse naturali, per un ecosistema equilibrato e vivibile anche dalle future generazioni”.

Su un piano più operativo e di Sanità pubblica, il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione (2014-2018) ha inserito il contrasto alle disuguaglianze come principio costitutivo della prevenzione.

Questi sono i primi risultati tangibili dell'assorbimento progressivo di questi temi all'interno della cultura medica e dell'agenda di Sanità pubblica italiana; considerando che nel nostro paese si è iniziato a parlare di 'disuguaglianze in salute' a partire dal 1994, ci sono voluti circa vent'anni. È questo forse il tempo necessario per realizzare cambiamenti culturali di tale portata (Costa G, 2016).

È possibile immaginare una società più giusta (l'ottimismo basato sull'evidenza scientifica)

Il tema delle disuguaglianze in salute coinvolge direttamente la Sanità pubblica soprattutto perché sono evitabili e riguardano tutta la popolazione. Per affrontarle è necessario adottare lo sguardo ampio sulla salute fornito dalla teoria dei determinanti sociali della salute. Abbiamo visto che secondo questo modello non tutti i problemi riguardanti la salute delle persone e delle comunità possono essere affrontati con un approccio lineare e quindi esclusivamente sanitario. Avendo questi problemi molteplici cause tra loro interdipendenti, più che azioni di tipo individuale, richiedono delle soluzioni complesse, messe in atto a diversi livelli del sistema sociale.

La visione di Sanità pubblica qui proposta prevede la capacità di sviluppare interventi in grado di adattarsi costantemente ai contesti in cui si opera. Inoltre, ponendo particolare attenzione all'analisi dei fattori che a livello sociale sono responsabili dello sviluppo delle disuguaglianze in salute, fa propria la dimensione politica della salute. Pertanto, il principale obiettivo delle sue azioni è quello di rendere più sane e più giuste le organizzazioni e le strutture sociali attraverso una più equa distribuzione del potere all'interno della società.

Siamo infine consapevoli che parlare della realizzazione di una 'società giusta' per garantire la 'salute per tutti' possa apparire un'utopia agli occhi di chi guarda il mondo con supposto realismo. Crediamo che affrontare questo tema così complesso ci richieda di spingerci oltre i concetti di 'realismo' e 'utopismo', poiché il primo ignora le possibilità e il secondo le impossibilità. La proposta è quella di non essere né realistici né utopisti in senso banale, ma di provare a cogliere nella realtà delle possibilità ancora impossibili da realizzare.

Bibliografia

- Berlinguer G., 2006. L'origine sociale delle malattie in A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute. 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (a cura di) Edizioni ETS, Pisa.
- Civitelli G, Silvestrini G, Carovillano S, Rinaldi A, Bodini C, Bruno S, Marceca M, Tarsitani G, Ricciardi W., 2010. La Rete Italiana per l'Insegnamento sulla Salute Globale: Attualità e prospettive. *Medici Manager*, n.2, pag. 14-9.
- Costa G, 2016. L'Italia sta rispondendo all'appello? (postfazione) in *La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- FNOMCeO, 2014. Il nuovo codice di deontologia medica.
- Krieger N, 2011. *Epidemiology and the people's health. Theory and context*. Oxford University Press, New York.
- Labontè R., Laverack G., 2008. *Health promotion in action. From local to global empowerment*. Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Marmot M., 2004. *Status Syndrome: How Your Social Standing Directly Affects Your Health and Life Expectancy*. Henry Holt, New York.
- Marmot Review Team, 2010. *Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post 2010*.
- Marmot M., 2016. *La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Rocco L., Suhrcke M., 2012. *Is social capital good for health? A European perspective*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Royal College of Physicians, 2010. *How doctors can close the gap*.
- Sen A., 2007. *La libertà individuale come impegno sociale*. Editori Laterza, Milano.
- Stefanini A., Albonico M., Maciocco G., 2006. Le disuguaglianze nella salute: definizioni, principi e concetti in *A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute*. 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (a cura di) Edizioni ETS, Pisa
- UCL Institute for Health Equity, 2013. *Working for health equity: the role of health professionals*.
- WHO, 1946. *Constitution*, Geneva.
- WHO, 1978. *Declaration of Alma-Ata*.
- WHO, 2008. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*.
- WHO, 2010a. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2*.
- WHO, 2010b. *Action on the social determinants of health: learning from previous experiences. Social determinants of health discussion paper 1*.
- Wilkinson R., Pickett K., 2009. *La misura dell'anima. Perché le disuguaglianze rendono le società più infelici*. Feltrinelli, Milano.